

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 189

LA CONTUSION DE LA HANCHE

ET LES

Fractures larvées de l'extrémité supérieure DU FÉMUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE BRAHY

Né à Bonvillet (Vosges), le 6 mars 1894



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

LA CONTUSION DE LA HANCHE

ET LES

**Fractures larvées de l'extrémités supérieure
DU FÉMUR**

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE..... Doyen.
ROQUE..... Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURICQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	FIG
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BERARD, Président; M. PATEL, Assesseur;
MM. BONNET et MURARD, Agrégés

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LA CONTUSION DE LA HANCHE

ET LES

Fractures larvées de l'extrémité supérieure DU FÉMUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE BRAHY

Né à Bonvillet (Vosges), le 6 mars 1894



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MES GRAND'MÈRES

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Humble témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

A MON EPOUSE

Qu'elle soit assurée de ma légitime tendresse.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Chevalier de la Légion d'honneur

Pour le grand honneur qu'il nous a fait
en nous donnant un sujet de thèse et
en acceptant la présidence.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui nous a donné des observations inédites et des directives précieuses, qu'il soit assuré de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SANTY

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui nous a guidé dans cette étude. Nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

INTRODUCTION

Dans tous les Traités de chirurgie, anciens et modernes, les différents auteurs ont essayé d'établir un diagnostic différentiel entre certaines fractures de l'extrémité supérieure du fémur et la contusion de la hanche. Tous sont unanimes à constater que la certitude de l'existence de la contusion seule est difficile à assurer et que fréquemment, sous une symptomatologie atténuée, se cachent des lésions osseuses demandant une recherche minutieuse.

Les erreurs ont en effet été multiples et les exemples abondent dans tous les classiques.

Dernièrement M. Basset, dans la *Presse Médicale* du 1^{er} décembre 1920, a repris la question et il a été amené à contester l'existence de la contusion simple de la hanche et à admettre qu'en réalité il existe toujours soit une fracture du col, soit une fracture du cotyle.

Ces conclusions nous paraissent exactes, mais nous allons tâcher de les étendre aux fractures intéressant la continuité du grand trochanter et par là même nous les renforcerons et nous contribuerons, tant soit peu, à faire disparaître le terme « Contusion de la Hanche » des traités classiques de chirurgie.

CHAPITRE PREMIER

Définition et symptomatologie de la contusion de la hanche

Demandons-nous d'abord qu'est-ce que la contusion de la hanche et comment la comprenaient les anciens auteurs.

L. H. Petit définit la contusion : « Lésion produite dans le corps par une pression plus ou moins énergique n'ayant pas déterminé de solution de continuité des téguments. » Les symptômes, pour lui, se réduiraient à des ecchymoses, des douleurs plus ou moins vives, des épanchements, la bosse séro-sanguine.

Verneuil écrit qu'au niveau des os et des articulations, la douleur et l'ecchymose peuvent s'accompagner d'impotence fonctionnelle et de crépitation sanguine due à l'hématome.

Nélaton constate que la contusion de la hanche se reconnaît à la douleur parfois assez vive pour entraî-

ner l'abolition temporaire des fonctions du membre, à l'ecchymose. En outre, dit-il, on voit assez souvent les malades imprimer un mouvement de bascule latéral, ayant pour effet d'abaisser le membre sain en élevant le membre malade: « de là résulte un raccourcissement apparent auquel se joint cette demi-rotation au dehors que l'on observe chez les individus normaux dans le décubitus dorsal. »

Hennequin reconnaît qu'une simple contusion de l'articulation coxo-fémorale a pour effet d'exagérer la sensibilité intra-articulaire et toute pression exercée sur le grand trochanter retentit douloureusement dans l'articule, car elle se transmet à la tête fémorale. Le gonflement y est fréquent et les ecchymoses de la région fessière sont en général précoces.

Rieffel et Tanton, dans les différentes éditions de 1895 et 1916 du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, admettent que l'impotence fonctionnelle, due à la douleur, existe dans la contusion simple, mais qu'elle diminue vite.

Enfin Basset, dans l'article déjà cité, de la *Presse Médicale*, écrit: « Le terme contusion de la hanche doit être réservé à la lésion entraînant un peu d'impotence fonctionnelle et de rotation externe et ne doit pas comprendre le résultat de petits traumatismes déterminant simplement une douleur passagère. »

Ces diverses définitions de la contusion simple de la hanche nous permettent d'attribuer à ce syndrome une symptomatologie assez nette pouvant se résumer succinct en:

une douleur plus ou moins vive,

une impotence fonctionnelle temporaire, mais existante ;
et secondairement :

des ecchymoses, des épanchements, parfois de la rotation .
externe et du raccourcissement apparent.

CHAPITRE II

Exposé général des conditions anatomiques capables de donner la symptomatologie classique de la contusion de la hanche

La contusion de la hanche ainsi définie paraît être une entité clinique assez nette, permettant un diagnostic facile; cependant il n'en est rien et nous allons essayer de montrer qu'il n'existe pas de critérium anatomo-pathologique, sans lésion osseuse, correspondant à ce vieux syndrome classique.

En réalité, un grand nombre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur et même de l'os coxal ont dans leur symptomatologie de l'impotence fonctionnelle et de la douleur seules, sans déformation, parfois sans raccourcissement primitif.

Basset, dans la *Presse Médicale* du 1^{er} décembre 1920, le montre clairement pour certaines fractures du col du fémur, il envisage également la possibilité de lésions

du cotyle à symptômes frustres, pouvant être prises pour des contusions.

Nous irons plus loin encore en reconnaissant, avec observations à l'appui, que certaines fractures intéressant la continuité du grand trochanter, peuvent également être accompagnées d'un ensemble de symptômes très atténués, rappelant ceux attribués autrefois à la contusion simple de la hanche.

Nous envisagerons donc successivement:

Les fractures du fond du cotyle;

Les fractures du col du fémur;

Les fractures transtrochantériennes.

CHAPITRE III

Les fractures du fond du cotyle

Parmi les diverses fractures du cotyle, il en est une qui présente souvent une symptomatologie très atténuée, c'est celle du fond de l'acétabulum sans enfoncement du cotyle.

Tanton écrit que c'est surtout de 15 à 30 ans que l'on observe cette fracture, car elle exige un col fémoral résistant. En effet, lorsque l'ostéoporose aura commencé à envahir le col du fémur, c'est à cet endroit, point de moindre résistance, que se fera la fracture, et non au cotyle.

Des fractures simples et limitées du fond de l'acétabulum le même auteur en donne la symptomatologie suivante:

Les douleurs spontanées dans la hanche sont constantes, mais parfois peu marquées; on peut les provoquer par la pression au niveau du pli inguinal, la percussion du pied, du genou ou du grand trochanter.

L'impotence fonctionnelle est toujours incomplète et très variable, les mouvements sont possibles mais douloureux, seule l'abduction est en général limitée.

La névralgie de l'obturateur n'existe pas toujours et l'ecchymose nummulaire, siégeant au point déclive du scrotum du côté de la fracture, dont l'importance a été signalée par Destot, manque assez souvent.

Le raccourcissement n'existe que lorsqu'il y a un enfoncement du cotyle et, même dans ce cas, il dépasse rarement un centimètre et peut facilement passer inaperçu.

Et Tanton conclut: Les fractures simples et limitées de l'acétabulum peuvent facilement rester ignorées, « parce que le malade peut marcher dans les premiers jours qui suivent l'accident, et ce n'est qu'en voyant se développer secondairement une arthrite de la hanche et persister l'impotence fonctionnelle qu'on est amené à rechercher les lésions osseuses et à pratiquer le toucher rectal.

Earle fut le premier à signaler la valeur des renseignements fournis par le toucher rectal. On peut parfois sentir des esquilles osseuses faisant saillie dans le bassin, mais toujours on éveille une douleur en appuyant sur le fond du cotyle.

Ce procédé a donc une valeur incontestable, mais souvent, devant un ensemble de symptômes atténués, on ne sera pas amené à l'employer.

Pour Rieffel, les éclatements du fond du cotyle et les fractures en étoile sont d'un diagnostic presque impossible: « l'impotence fonctionnelle, la douleur vive provoquée par la pression sur les épines pubiennes, parfois

une rotation légère en dedans ne sont pas des signes suffisants. »

Basset envisage également la possibilité d'erreurs de diagnostic créées par le tableau clinique réduit des fractures simples du fond de l'acétabulum.

Enfin M. le médecin-major Dupont, dans la *Presse Médicale* du 16 février 1921, reconnaît que « les enfoncements légers du cotyle étaient, la plupart du temps, méconnus avant la radiographie ». Nous lui empruntons l'observation suivante assez typique :

Au mois de janvier 1920, M. le Professeur Broca reçut dans son service un soldat de 21 ans, qui avait été frappé dans la région du grand trochanter droit par un coup de pied de mulet. Localement, presque aucun symptôme appréciable : une très légère ecchymose et un peu d'endolorissement local. Rien dans la région fessière. Tous les mouvements de la hanche étaient libres.

On pouvait donc penser à une contusion de la hanche, mais le toucher rectal éveillait une douleur, principalement à la pression de la branche horizontale du pubis.

D'un autre côté, la radiographie montra une fracture du fond de l'acétabulum. La tête était restée dans le cotyle et s'était enfoncée légèrement dans cette cavité. Le fond du cotyle avait éclaté et on voyait en outre deux épines adhérentes par leur base et dont la pointe faisait saillie dans le bassin.

Il est certain qu'un praticien moins averti que M. le professeur Broca, devant une symptomatologie aussi réduite, semblable de tous points au vieux syndrome classique de la contusion de la hanche, aurait pensé de suite à ce dernier diagnostic et se serait probablement abstenu de faire le toucher rectal.

Rien, en effet, ne pouvait faire penser à une fracture

puisque les symptômes caractéristiques de celle-ci: echymose nummulaire, limitation de l'abduction, raccourcissement qui, dans ce cas, pouvait exister, étaient absents.

Voici une autre observation aussi intéressante, que nous devons à l'obligeance de M. Patel:

Le 8 décembre 1920, entré dans son service, à l'Hôpital de la Croix-Rousse, Mme B..., âgée de 53 ans, qui, ayant fait un faux pas le jour même, était tombée lourdement sur le côté gauche et n'avait pu se relever.

A l'examen, il s'agit d'une femme plutôt petite (1 m. 50), de poids moyen (environ 50 kgs). La cuisse gauche se présente en flexion légère à 45°, avec adduction. Le pied n'est pas en rotation externe, mais la malade ne peut détacher le talon du plan du lit.

Les mouvements provoqués sont les suivants: la flexion de la cuisse sur le bassin dépasse facilement l'angle droit, mais devient douloureuse; l'extension complète est impossible en raison de la douleur; l'adduction peut être accentuée et n'est pas douloureuse; l'abduction est au contraire extrêmement limitée et particulièrement sensible; la rotation en dehors et en dedans est possible, mais également limitée.

La percussion sur l'extrémité inférieure du fémur, faite de façon à refouler l'extrémité supérieure de cet os vers la cavité cotyloïde, est douloureuse.

L'examen du squelette de la région de la hanche ne montre rien d'anormal du côté du grand trochanter. La pression au niveau de la tête fémorale réveille une douleur vive.

Les mensurations faites de l'épine iliaque antéro supérieure au bord supérieur de la rotule montrent un raccourcissement de 3 cm. La longueur du fémur prise du bord supérieur du grand trochanter au même point montre qu'il ne s'agit là que d'un raccourcissement apparent et qu'en réalité le fémur gauche n'est nullement raccourci.

La radiographie montre que le col du fémur et la tête fémorale sont absolument intacts ainsi que le grand trochanter.

Il existe, au niveau de la cavité cotyloïde une fracture qui occupe la partie moyenne : le trait est simple, vertical, et va depuis le fond de l'acétabulum jusqu'au niveau de la surface pelvienne. Il s'agit donc d'une fracture complète du fond de l'acétabulum.

La malade est laissée au repos avec quelques massages. Vers le cinquième jour, apparaît une ecchymose assez volumineuse à la face interne de la cuisse gauche. Les jours suivants, la douleur se calme progressivement, l'extension du membre inférieur devient possible. La malade peut se lever au vingt-cinquième jour et commence à marcher avec des béquilles.

La guérison se fait rapidement et il n'existe plus que des douleurs limitées dans l'abduction forte de la hanche.

Autrefois, à l'époque où la radiographie n'avait pas encore révélé la fréquence des fractures se cachant sous un tableau clinique réduit, il est certain qu'un médecin ne se serait pas livré à toutes les recherches minutieuses faites par M. Patel et que, devant une lésion présentant simplement comme symptômes de la douleur, une impotence fonctionnelle limitée sans raccourcissement, il aurait pensé à une contusion simple de la hanche, diagnostic que la guérison, aussi rapide et aussi bonne par le simple repos et le massage, aurait paru confirmer.

Enfin, M. le professeur Bérard a bien voulu nous communiquer l'observation suivante prise dans son service à l'Hôtel-Dieu :

Le 29 janvier 1920, est admis à la salle Saint-Sacerdos, un homme de 31 ans, venant de l'infirmerie de porte où il avait été amputé d'urgence la veille à 23 heures, de la jambe gauche, à la suite d'un accident, survenu le même jour, à 20 heures, sur la voie ferrée.

A l'examen, le malade présente le membre inférieur gauche

amputé et une fracture de la clavicule droite. Malgré la violence du traumatisme, le sujet, qui est un homme vigoureux, ayant repris déjà connaissance, dit ne plus souffrir que d'une petite douleur dans la région de la hanche droite et d'une gêne légère dans les mouvements de cette articulation. Mais tous les mouvements restent possibles.

Devant l'absence d'ecchymose nummulaire et de rotation l'expectation est décidée.

Le 1^{er} mars, c'est-à-dire 30 jours après l'accident, devant la persistance des douleurs et l'aggravation de l'impotence fonctionnelle (l'adduction est limitée et le malade ne peut s'asseoir dans son lit), une radiographie est demandée à M. Japiot. Celle-ci montre nettement un enfoncement de la cavité cotyloïde, avec fracture du cotyle et de la branche ilio-pubienne.

Ces lésions ne pouvaient être que soupçonnées et seraient certainement demeurées plus longtemps méconnues dans la clientèle. En effet, rien ici non plus ne pouvait faire songer à une fracture.

On peut objecter que la violence du choc, par ses résultats sur l'autre membre, pouvait masquer les symptômes de l'affection qui nous occupe. Mais, je le répète, le blessé était d'une constitution robuste, et 20 heures après l'accident il était capable de donner des renseignements exacts sur les sensations qu'il éprouvait.

Ces observations caractéristiques pourraient, j'en suis certain, être multipliées depuis la découverte de la radiographie, mais celles-ci suffisent amplement pour nous permettre de conclure que, sous les symptômes cliniques classiques de l'ancien syndrome « contusion de la hanche », se cache souvent une lésion osseuse profonde siégeant dans le cas particulier sur le fond de l'acétabulum.

En dehors du toucher rectal, qui devra d'abord être

fait malgré l'atténuation des signes cliniques observés, une radiographie s'impose, car seule elle permettra un diagnostic certain de la nature et de l'étendue des lésions.

CHAPITRE IV

Les fractures du col du fémur

C'est une notion fort ancienne que la contusion de la hanche était souvent diagnostiquée à tort pour une fracture du col. Tous les classiques parlent de la fréquence de cette erreur.

Résumons d'abord brièvement les signes classiques de la fracture du col du fémur. Rieffel les classe ainsi qu'il suit :

Impotence fonctionnelle caractérisée par l'impossibilité de soulever le talon du lit et de porter le membre en adduction et rotation en dedans; elle est surtout marquée dans les intra-capsulaires.

Les douleurs sont souvent légères et apparaissent surtout pendant les mouvements.

La rotation en dehors est variable et souvent réduite dans les intra-capsulaires.

Le raccourcissement est également très variable et peut parfois manquer. L'ascension est arrêtée dans les

fractures incomplètes. Mais fréquemment des déplacements secondaires se produisent, soit lentement par action des muscles, soit brusquement par un mouvement achevant de rompre la capsule.

Gonflement et ecchymoses inconstantes. La mobilité anormale et la crépitation sont difficiles à constater.

Ces symptômes ne sont pas très différents de ceux de la contusion simple de la hanche et, lorsqu'ils ne sont pas nets et bien marqués, ils peuvent, en effet, prêter à confusion. Et Rieffel n'admet alors, en faveur de la contusion, que la violence plus grande du traumatisme, la diminution rapide de l'impotence fonctionnelle et l'absence de raccourcissement secondaire.

Mais il est souvent nécessaire de faire un diagnostic immédiat et on ne peut pas attendre les renseignements donnés par l'évolution de la lésion.

En outre, Tanton, contrairement à Rieffel, croit que la contusion est reconnaissable à la faiblesse du traumatisme. Cette contradiction entre les deux auteurs met en évidence la difficulté d'un diagnostic précis.

A la fin de l'*Addendum* du livre de Basset intitulé : « Les fractures du col du fémur », M. le professeur Pierre Delbet écrit : « Bien des diagnostics de contusion de la hanche sont simplement des erreurs et les symptômes attribués à cette affection sont dus à des fractures incomplètes du col du fémur. »

Et à la vue de la radiographie d'un blessé ayant présenté des symptômes atténués, il s'écrie : « Je me demandais si j'avais enfin trouvé le cas de contusion de la hanche que je cherche depuis 12 ans, la radio-

graphie a montré une fracture incomplète du col du fémur. »

M. Basset, dans le même ouvrage, range de la façon suivante les symptômes de la fracture du col: rotation externe, adduction, déformation du pli de l'aîne, raccourcissement, douleur, impotence fonctionnelle.

Certains de ces symptômes peuvent être très atténués et l'impotence fonctionnelle en particulier est la cause fréquente d'erreurs. Dans un grand nombre de cas elle n'est pas complète et l'ignorance de cette notion conduit à méconnaître des fractures qui existent. On voit, en effet, rejeter le diagnostic de fracture du col, parce que le blessé est encore capable d'imprimer quelques mouvements à son membre.

Le fait même de ne pouvoir soulever le talon du lit cesse d'être un symptôme constant lorsque la fracture est un peu ancienne et M. Auvray, dans le *Journal des Praticiens*, cite le cas d'une femme de 72 ans qui soulevait assez facilement son talon du lit à une hauteur de 20 à 30 cm., et cependant la radiographie montra une fracture du col.

Nélaton, Gould et Warren signalent des faits analogues. Basset l'a noté 9 fois et il a en outre observé 15 malades capables de fléchir activement la cuisse et le genou.

Beaucoup de blessés peuvent corriger eux-mêmes la rotation externe de leur membre, mais cet acte ne peut faire affirmer qu'il n'y a pas fracture, car tous les sujets qui souffrent peu sont capables de la réaliser et Basset l'a observé 15 fois.

De nombreux auteurs, entre autres Boyer, Goyrand,

Blecker, Blanc, rapportent même des cas troublants de gens ayant pu marcher après l'accident, quoique étant atteints d'une fracture du col. Dans ces observations, l'impotence fonctionnelle n'a cependant jamais fait complètement défaut et elle s'est toujours aggravée.

Basset croit en trouver l'explication dans l'idée que ces fractures se font en deux temps. Il n'en est pas moins vrai qu'à un premier examen, on peut être amené à conclure à l'existence d'une simple contusion de la hanche.

En voici une observation inédite recueillie par M. Patel, d'autant plus frappante qu'elle se rapporte à une fracture sous-capitale chez un vieillard :

M. G..., âgé de 77 ans, tombe de sa hauteur, le 4 novembre 1920, sur les dalles d'un vestibule. Le choc a été violent, mais le malade peut néanmoins se relever, faire quelques pas, se rendre dans une pièce voisine, où il tombe à nouveau, toujours du côté droit. « Son membre inférieur droit, dit-il, ne pouvant plus le supporter. » Il ne put, cette fois, se relever.

Le 5 novembre, à l'examen : le sujet est vigoureux, grand et de poids moyen. Le membre inférieur est en rotation externe sur le plan du lit.

Du côté de la région de la hanche, on ne constate aucun épaissement au niveau du grand trochanter. La pression sur la tête fémorale est douloureuse. Pas d'ecchymose.

Tout mouvement spontané est impossible, le malade ne peut détacher le talon du plan du lit, mais il peut assez facilement ramener ce talon du côté de la racine de la cuisse.

Les mouvements provoqués de l'articulation de la hanche ne sont pas recherchés d'une façon complète, mais on a l'impression qu'ils sont assez libres. La mensuration du membre inférieur montre qu'il existe 1 cm. 1/2 de raccourcissement du côté droit.

La radiographie faite au lit du malade et due à M. le Pro-

fesseur Cluzet, montre qu'il existe une fracture sous capitale : la tête fémorale paraît déplacée en avant et en dehors, l'acétabulum est intact ainsi que le grand trochanter.

Le malade présente donc une fracture qui semble s'être faite en deux temps et qui a simulé ce qu'on est convenu d'appeler contusion de la hanche.

Le blessé est mis au lit mécanique, les pieds du lit surélevés; une traction de 3 kilogs est exercée sur le membre inférieur qui est placé en adduction forcée et en rotation externe, de façon à ramener en avant le col du fémur. Cette immobilisation est maintenue quinze jours pendant lesquels apparaît une hydarthrose légère du genou.

Puis, le 25 novembre, le membre inférieur est placé en extension dans la position rectiligne et y est maintenu jusqu'au 29 décembre.

A ce moment, l'appareil d'extension est enlevé et le malade est massé régulièrement pendant un mois. Il fait ses premiers pas au début de février 1921, avec des béquilles, puis avec des cannes.

Le résultat fonctionnel s'améliore de plus en plus et au 1^{er} mars 1921 on peut le considérer comme très bon : il persiste toujours 1 cm. 1/2 de raccourcissement, mais l'engrènement de la tête et du col paraît s'être fait, les mouvements sont assez libres, l'hydarthrose a disparu et les muscles ont repris leur tonicité habituelle.

Je n'ai rien voulu retrancher de cette intéressante observation, car nous verrons dans notre dernier chapitre quelle est l'évolution naturelle de ces fractures et la comparaison avec les résultats merveilleux obtenus par M. Patel, par un traitement approprié, nous amènera fatalement à conclure que l'erreur de diagnostic ne doit plus être faite.

Rieffel donne en faveur de la contusion le fait que l'impotence fonctionnelle est passagère et le raccour-

cissement apparent. Ricard et Demoulin font les mêmes constatations.

Pour Basset, la mensuration, telle que l'a instituée M. le professeur Delbet, permet un diagnostic clinique sûr et lorsqu'il subsiste encore des doutes, la radiographie s'impose. Le diagnostic de fracture du col est en général facile à faire, dit-il, si on se rappelle que l'impotence fonctionnelle est parfois incomplète, que certains malades peuvent corriger la rotation externe de leur membre, plier le genou en soulevant la cuisse, détacher parfois le talon du plan du lit et même marcher.

Mais c'est justement là l'ensemble des symptômes particuliers que les anciens auteurs attachaient au syndrome classique de la contusion de la hanche, et les accepter comme signes cliniques possibles de la fracture du col, c'est condamner l'existence même de cette contusion simple.

En effet, dans l'article du 1^{er} décembre 1920 de la *Presse Médicale*, Basset, après avoir donné de la contusion simple de la hanche la définition citée dans le premier chapitre de notre thèse, se demande si réellement ce syndrome existe.

Et il se base sur les faits suivants:

Parmi 36 malades atteints de fracture ancienne du col du fémur, le diagnostic de contusion de la hanche avait été fait 9 fois et a été démontré faux par la radiographie.

Sur 21 cas de malades pouvant plier le genou, il s'agissait 15 fois de fracture récente et 6 fois de fracture ancienne, dont 9 étaient des fractures complètes.

Ce qui amène l'auteur à conclure: « Je ne crois pas à l'existence de la contusion de la hanche, parce que je n'en ai jamais vue, alors que j'ai vu beaucoup de fractures du col prises pour des contusions. On n'a pas le droit, sans une certitude radiographique absolue, de faire le diagnostic de contusion de la hanche. »

Cette assertion nous paraît exacte, M. Basset donne une quantité d'observations à l'appui, il suffit de les lire pour s'en convaincre, et nous ne voyons pas la nécessité d'en relater d'autres.

Le vieux terme de contusion de la hanche paraît dès maintenant être condamné et le chapitre suivant va encore donner plus de poids à cette opinion.

Fractures transtrochantériennes

Nous ne voulons pas envisager dans ce petit travail les fractures isolées du grand trochanter, à symptomatologie toujours frustrée, et que tous les classiques considèrent comme impossibles à diagnostiquer. Avant la radiographie l'erreur était la règle et la fracture n'était constatée qu'à l'autopsie.

En revanche, peu d'auteurs ont parlé de la confusion possible entre les fractures transtrochantériennes, intéressant donc toute la continuité de l'extrémité supérieure du fémur et la contusion simple de la hanche.

Ces fractures, tantôt appelées « intertrochantériennes » par Hennequin, lorsque le trait transversal passe entre le grand et le petit trochanter, « pertrochantériennes » par Kocher ou « bitrochantériennes » par Destot, lorsque le trait de fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans commence à la partie moyenne de la face externe du grand trochanter pour se terminer en bas et en dedans au niveau du petit trochanter, peuvent ne présenter qu'un déplacement minime, les fragments restant maintenus par les tissus fibro-périostiques ou bien engrenés par leurs dentelures.

« Le fait est loin d'être rare », dit Tanton, et les symptômes ordinaires qui sont :

Une tuméfaction variable de la racine de la cuisse avec ecchymose envahissant la face antéro-externe; une impotence fonctionnelle, de la rotation externe, peuvent être réduits aux suivants :

Douleur très vive à la palpation du grand trochanter et lors des tentatives de correction de la rotation externe, peu ou pas de raccourcissement du membre et pas de déformation de la région trochantérienne.

Ce dernier tableau clinique est semblable à celui attribué autrefois à la confusion simple de la hanche et la confusion est très possible.

Cependant peu d'exemples en ont été donnés. En voici un qui a été observé au début de cette année, dans le service de M. le professeur Bérard à l'Hôtel-Dieu.

Le 17 janvier, entre à la salle Andrée Lumière, une dame V..., âgée de 56 ans, qui, le 14 du même mois, était tombée sur sa hanche gauche et n'avait pu se relever.

La douleur, assez vive au moment de la chute, diminuait sensiblement dès que la malade fut couchée.

A l'examen d'entrée, on constate avant tout une impotence fonctionnelle caractérisée par l'impossibilité de soulever le talon au-dessus du plan du lit, et la douleur, peu intense cependant, lorsqu'on essaie de provoquer un mouvement.

Il n'existe pas d'autres attitudes vicieuses qu'une rotation légère du pied en dehors, rotation que la malade ne peut corriger spontanément. Pas de raccourcissement.

La pression au niveau du grand trochanter éveille une douleur diffuse, sans localisation très nette, il n'y a pas d'ecchymose.

M. Japiot est prié de faire une radiographie de face et une de profil. La première (fig. 1) révèle l'existence d'un trait

de fracture partant du bord supérieur du grand trochanter et se dirigeant en bas et obliquement vers le petit trochanter. Il existe un très léger déplacement supéro-interne du frag-

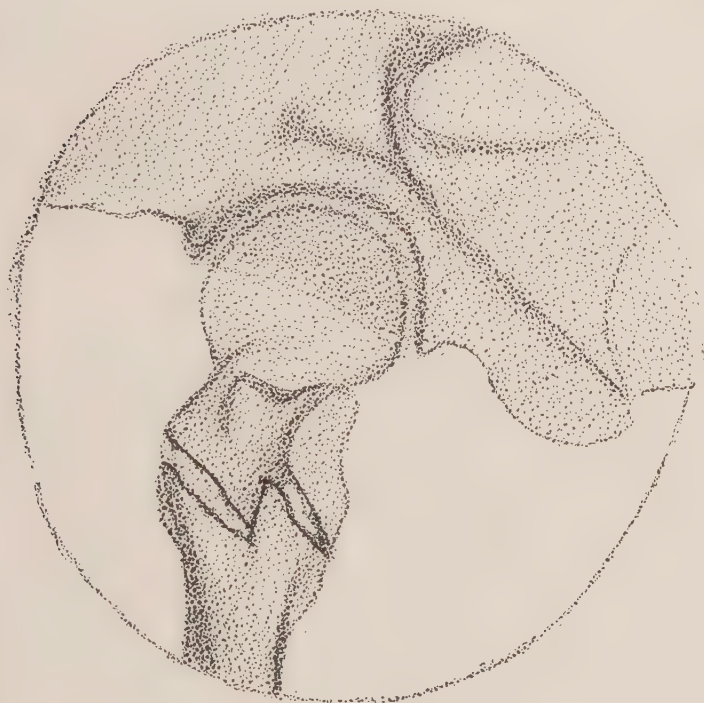


Fig. 1

ment trochantérien, mais au total le trait de fracture est peu visible et on ne parvient à le suivre qu'avec la plus grande attention.

La radiographie de profil (fig. 2) montre très nettement que ce trait de fracture divise la totalité du grand trochanter suivant un plan coupant la face externe du massif osseux parallèlement à la crête trochantérienne. Le léger déplacement du fragment interne fait bâiller le trait de fracture qui se détache en clair sur l'ombre osseuse.

En raison de l'absence totale de déplacement, on se borne à immobiliser la malade au lit, après avoir glissé une planche

sur son matelas et calé son pied en bonne attitude par des sacs de sable. On ne fait pas de tractions.

Très rapidement, les phénomènes douloureux disparaissent et dès le quinzième jour les mouvements actifs sont possibles;

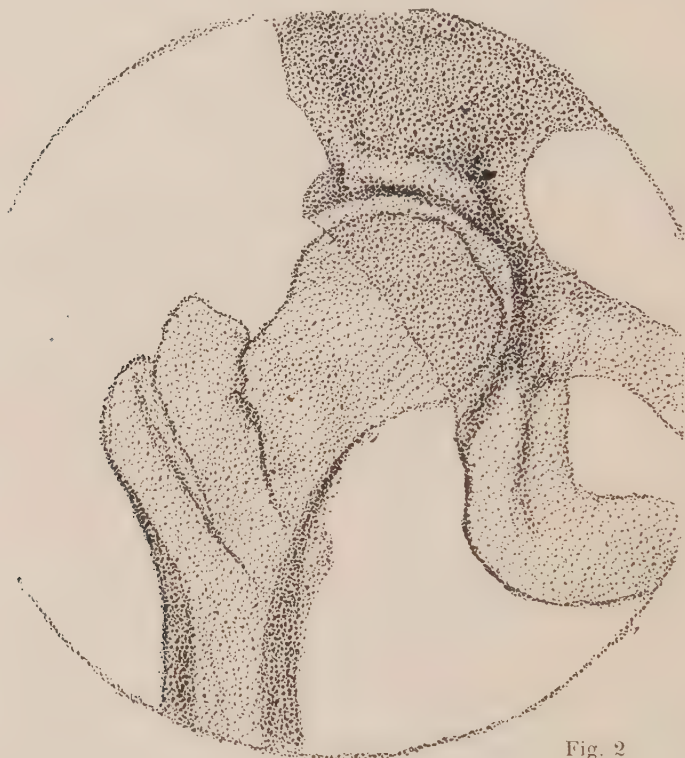


Fig. 2

la malade parvient à soulever le talon du plan du lit le vingtième jour et le trente-cinquième jour, on autorise les premiers pas avec deux béquilles. Enfin, le 27 février, cette dame quittait l'hôpital marchant avec une canne.

La symptomatologie frustre de cette fracture trans-trochantérienne, sans raccourcissement, se rapproche de façon assez notable de celle mise jadis sur le compte de la contusion de la hanche.

En d'autres termes, il n'est pas classique d'admettre qu'une fracture complète du trochanter s'accompagne d'une impotence fonctionnelle aussi brève et soit suivie d'une consolidation aussi rapide.

Seule la radiographie et, en particulier, celle de profil, permet d'affirmer la réalité de la lésion et d'en préciser l'importance. Il n'est pas douteux que, dans le cas qui précède, elle a été le seul symptôme permettant un diagnostic formel.

M. Santy a observé, l'an passé, un cas à peu près analogue :

Mlle A..., âgée de 70 ans, fait une chute le 13 novembre 1920, dans l'escalier et sur la hanche gauche; elle ne peut se relever.

Le lendemain, on constate une impotence fonctionnelle absolue, avec une très légère rotation en dehors, mais sans raccourcissement.

La pression sur le grand trochanter provoque une douleur assez vive, cependant il n'y a ni gonflement ni ecchymose.

On fait faire la radiographie, et comme la malade souffre un peu, on installe immédiatement une petite traction de fortune, après avoir glissé une planche sur le matelas.

Dès le 4 décembre, la malade lève seule le talon au-dessus du plan du lit; le 17 décembre, elle fait ses premiers pas et à la fin du même mois, elle commence à reprendre sa vie active.

La radiographie de face (Docteur Japiot) montre très nettement l'existence d'un trait de fracture oblique, de haut en bas et de dehors en dedans, suivant d'assez près la crête intertrochantérienne, sans déplacement notable des fragments.

Il est très évident, qu'étant donné l'âge de la malade, et en l'absence d'une radiographie, il aurait été impossible d'affirmer dans ce cas l'existence d'une fracture, car il est bien classique, même dans les fractures engre-

nées du trochanter, lorsque l'impotence est peu marquée au lit, elle reste cependant très marquée et pendant longtemps pour la station debout et la marche.

Ces deux observations sont suffisamment caractéristiques pour nous permettre de constater que certaines fractures transtrochantériennes sans déplacement ou avec un léger déplacement, présentent une symptomatologie tellement atténuée qu'elle est de tous points semblable à celle du vieux syndrome contusion de la hanche.

Cette constatation renforce le doute émis par Basset sur l'existence anatomo-pathologique de la contusion simple de la hanche, telle que nous l'avons définie, et nous croyons pouvoir affirmer maintenant que ce terme doit être rayé des Traités classiques de chirurgie ou alors qu'il doit être simplement réservé aux petits traumatismes de cette région déterminant des douleurs légères et passagères.

La radiographie a définitivement fait classer cet ancien syndrome et, en présence d'un traumatisme de la hanche, elle doit toujours être faite de face et de profil, car cette dernière permettra souvent, comme l'ont relaté MM. Aigrot et Santy (*Lyon Chirurgical* 1920), de mieux situer la lésion osseuse et par suite d'en régler le traitement.

Ce fait a d'autant plus d'importance que le diagnostic de contusion simple de la hanche a été la cause autrefois d'un grand nombre d'infirmités, comme nous allons le voir par un exposé rapide de l'évolution naturelle des différentes fractures précédemment envisagées.

CHAPITRE VI

Evolution naturelle de ces fractures

4) Le pronostic des fractures simples et limitées du fond de l'acétabulum est toujours réservé en raison de l'arthrite qui les accompagne et les suit.

Tanton écrit que les séquelles habituelles de ces lésions consistent en des douleurs permanentes, une limitation marquée des mouvements, des raideurs articulaires, parfois une ankylose complète déterminant une claudication plus ou moins grande avec une atrophie musculaire notable.

La marche devient peu à peu impossible et la station debout ne peut être prolongée.

En outre, chez les femmes, comme l'ont relaté Partridge, Fabre et Piéry, ces fractures peuvent être une cause de dystocie prononcée du bassin.

M. Broca a vu une dame conserver une arthrite plastique de la hanche pendant 5 mois, à la suite d'une chute de cheval, au moment où elle voulait passer la jambe au-dessus de la fourche pour descendre.

Ces résultats éloignés d'une fracture simple de l'acétabulum méconnue et par conséquent non soignée convenablement sont à rapprocher de ceux obtenus par M. Patel par le repos et le massage. Au 25^e jour, Mme B... pouvait marcher avec des béquilles et seules des douleurs persistaient dans l'abduction forte.

B) L'évolution des fractures du col est encore plus grave. Le pronostic varie naturellement avec la nature et la variété de la lésion, l'âge du sujet, les circonstances et l'intensité du traumatisme causal, etc...

Celles qui nous occupent, étant, comme le reconnaît Basset, des fractures complètes avec engrenement ou des fractures incomplètes, se consolident ordinairement par un cal osseux.

Cette consolidation peut se faire en position normale, lorsque les fragments ne sont pas déplacés, mais le plus souvent elle se fera en attitude vicieuse, car cette attitude sera celle prise par les fragments après la fracture.

Si la consolidation se fait avec diminution de l'angle d'inclinaison, ce qui est la règle, on aura une coxavara traumatique; si elle a lieu avec augmentation de cet angle, le résultat sera une coxa-valga traumatique.

Nous n'avons pas à envisager la possibilité d'une pseudarthrose, car dans les fractures qui nous occupent: « la consolidation est la règle, l'absence de cal l'exception » (Malgaigne).

Ces résultats naturels d'une fracture du col du fémur sont assez importants pour nous inciter à éviter l'erreur de diagnostic. Pour fixer les idées, nous rapportons une observation personnelle de M. Santy:

Un jeune homme de 18 ans avait reçu, deux ans auparavant, un bloc de pierre sur la hanche, au niveau de la région trochantérienne gauche. Il y avait eu ecchymose.

Douleurs, les jours suivants, avec claudication sans jamais d'impotence fonctionnelle absolue, sans séjour au lit. La claudication augmente, le malade vient consulter en 1920 parce que la marche est pénible et s'accompagne rapidement de fatigue.

A l'examen clinique, on constate une saillie exagérée du grand trochanter gauche, un raccourcissement de 3 cm. et une limitation assez considérable de l'abduction.

Au repos, en position horizontale, le membre inférieur gauche se présente en adduction et on fait cliniquement le diagnostic de coxa-vara-traumatique.

La radiographie montre l'existence d'une déformation considérable de l'extrémité supérieure du fémur avec épaississement du col. L'angle d'inclinaison est diminué et la tête fémorale déformée semble avoir glissé vers le bas comme si le traumatisme initial avait causé une fracture sous-capitale avec ascension légère du col et décalage de la tête fémorale vers le bas.

Ce sont fort probablement ces lésions que le premier choc avait conditionnées, mais survenant chez un garçon de 16 ans, à périoste très résistant, elles ont été accompagnées d'un minimum de symptômes, tout au plus ceux d'une « violente contusion » et ce n'est que secondairement que la déformation s'est lentement accusée, au point d'entraîner la coxa-vara évidente par la radiographie.

Si nous comparons cette évolution fâcheuse aux résultats obtenus par M. Patel, dans un cas de fracture semblable chez un vieillard de 77 ans, l'hésitation n'est pas possible et nous sommes amenés à conclure que dorénavant le diagnostic de contusion simple de la hanche n'aura pas le droit d'être fait sans une certi-

tude matérielle complète donnée par les radiographies de face et de profil.

C) Quant aux fractures transtrochantériennes, leur évolution est à peu près semblable et les consolidations vicieuses sont fréquentes.

Le fragment supérieur reste en abduction et la diaphyse se met en adduction; la hanche est alors le siège d'une déformation « en crosse de pistolet » plus ou moins marquée et la marche est fortement troublée.

Naturellement, ici encore, le pronostic de la blessure sera bien amélioré du fait d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié.

Les résultats obtenus par M. le professeur Bérard dans son service et l'observation de M. Santy, que nous avons relatés, en font foi.

En résumé, la suppression du terme « contusion simple de la hanche », en tant que traumatisme pouvant déterminer de la douleur et de l'impotence fonctionnelle, s'impose; et toutes les fois que l'on sera en présence de symptômes, même atténués, de fractures de l'extrémité supérieure du fémur, les radiographies de face et de profil devront être faites immédiatement et permettront un diagnostic sûr et un traitement approprié.

CONCLUSIONS

1) Il n'existe pas de critérium anatomo-pathologique correspondant au vieux syndrome clinique de: Contusion de la hanche.

2) L'impotence fonctionnelle de courte durée et la douleur, sans déformation et sans raccourcissement, qui constituent les signes cliniques classiques de la contusion, existent en réalité dans un certain nombre de fractures de la continuité de l'extrémité supérieure du fémur et de la cavité cotyloïde.

3) Ces fractures, qui siègent tantôt sur le col, tantôt au niveau du fond du cotyle, comme l'admet Basset, peuvent également intéresser la continuité du grand trochanter.

4) Seules les radiographies de face et de profil de l'extrémité supérieure du fémur permettent le diagnostic exact et souvent le cliché de profil sera de beaucoup le plus démonstratif.

Le Président de la Thèse,

Vu :

L. BERARD.

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 21 mars 1921.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

BASSET. — *Annales de la Clinique Chirurgicale* du P. Pierre DELBET, 1920.

— *Presse Médicale* du 1^{er} décembre 1920.

DELBET (P.) et LE DENTU. — *Traité de Chirurgie* (éditions de 1896 et 1916).

DUPONT (Médecin-Major). — *Presse Médicale* du 16 février 1921.

HENNEQUIN et KUSS. — *Sémiologie des Fractures du col du fémur*.

KOCHER. — *Les fractures du fémur*.

MALGAIGNE. — *Les fractures du membre inférieur*.

NÉLATON. — *Traité de chirurgie*.

SANTY et AIGROT. — *Lyon Chirurgical*, 1920, (De quelques fractures du col du fémur impossibles à encheviller.)

SIMON. — Thèse 1920 (*Les fractures cervico-trochantériennes*.)

TANTON. — *Fracture des membres inférieurs*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Définition et symptomatologie de la Contusion de la hanche.	11
CHAPITRE II. — Exposé général des conditions anatomi- ques capables de donner la symptomatologie classique de la contusion de la hanche.	15
CHAPITRE III. — Les fractures du fond du cotyle.	17
CHAPITRE IV. — Les fractures du col du fémur.	25
CHAPITRE V. — Les fractures transtrochantériennes.	33
CHAPITRE VI. — Exposé rapide de l'évolution naturelle de ces fractures.	39
CONCLUSIONS.	43
BIBLIOGRAPHIE.	45

IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ

- - LYON - -

